



**WELL CHILD EXAM - LATE
CHILDHOOD: 12 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE _____

NIÑEZ AVANZADA: 12 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE Y EL NIÑO(A) SOBRE EL NIÑO(A)

NOMBRE DEL NIÑO(A)	TRAÍDO POR	FECHA DE NACIMIENTO
ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) desayuna todos los días. <input type="checkbox"/> A mi niño(a) le va bien en la escuela. <input type="checkbox"/> Mi niño(a) tiene uno o más amigos cercanos.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) se ve descansado cuando despierta. <input type="checkbox"/> Mi niño(a) controla apropiadamente el estrés, el enojo, la frustración. <input type="checkbox"/> Mi niño(a) tiene actividad física todos los días.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
---------------------------	--------------------------	----------------

Review of systems Review of family history

Screening:

	MHZ	R	L
Hearing	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____

Vision

	R	20/	L	20/
	N	A	N	A

Development

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Behavior

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Social/Emotional

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Mental Health

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

Physical:

General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments:

Diet _____

Sleep _____

Review Immunization Record

TB Dental Referral Hct/Hgb _____

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition After School Supervision

Regular Physical Activity Seat Belt Helmets

Reading/Homework Smoking/Passive Smoke

Discipline Dental Care Puberty/Menses Onset

Acne Sex Drugs/Alcohol

Other: _____

Assessment/Plan: _____

NEXT VISIT: 14 YEARS OF AGE	HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS

LATE CHILDHOOD: 12 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (12 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Total Cholesterol/Lipoprotein Screens

- Screen children with a parent or grandparent with premature (before age 55) cardiovascular disease.
- Recommend lipoprotein screen for children with a total cholesterol equal to or greater than 170 on two tests with a parent whose cholesterol is greater than or equal to 249 mg/dl.

Developmental Milestones

Always ask if they have concerns about development or behavior.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - NIÑEZ AVANZADA: 12 AÑOS

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 12 YEARS

(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

NIÑEZ AVANZADA: 12 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE Y EL NIÑO(A) SOBRE EL NIÑO(A)

NOMBRE DEL NIÑO(A)	TRAÍDO POR	FECHA DE NACIMIENTO	
ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES	
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) desayuna todos los días.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) se ve descansado cuando despierta.	<input type="checkbox"/> A mi niño(a) le va bien en la escuela.	<input type="checkbox"/> Mi niño(a) controla apropiadamente el estrés, el enojo, la frustración.
<input type="checkbox"/> Mi niño(a) tiene uno o más amigos cercanos.	<input type="checkbox"/> Mi niño(a) tiene actividad física todos los días.		

PESO KG./OZ. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	PRESIÓN SANGUÍNEA
-------------------------	--------------------------	-------------------

Revisión de los sistemas Revisión del historial familiar

Exploración: MHZ R L

Audición

 4000 _____ _____

 2000 _____ _____

 1000 _____ _____

 500 _____ _____

Vista

 R 20/ _____ L 20/ _____

 N A _____

Desarrollo _____

Comportamiento _____

Social/Emocional _____

Salud mental _____

Físico:

Apariencia general	N	A	Pulmones	N	A
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulsaciones/ Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orofaringe/Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manera de caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe anomalías encontradas y comentarios:

Alimentación _____

Sueño _____

Revisión del historial de inmunizaciones

TB (Tuberculosis) Derivación odontológica Hct/Hgb _____

Educación de la salud: (Marcar todo lo discutido/los materiales provistos)

Nutrición Supervisión después de la escuela

Actividad física regular Cinturón de seguridad Cascos

Lectura/Tareas escolares Fumar/Fumador pasivo

Disciplina Cuidado dental Pubertad/Comienzo de la menstruación

Acné Sexo Drogas/alcohol

Otro: _____

Evaluación/Plan: _____

PRÓXIMA VISITA: 14 AÑOS DE EDAD	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD
--	-------------------------------

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD	DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD
---	----------------------------------

NIÑEZ AVANZADA: 12 AÑOS

La salud de su niño(a) a los 12 años

Indicadores de logros

Formas de desarrollo de su niño(a) entre los 12 y 14 años de edad.

A la mayoría de los niños les crecen sus segundos molares (dientes posteriores) entre los 12 y 13 años de edad. Hable con su dentista con respecto a los selladores dentales. El niño(a) debería usar hilo dental diariamente.

Entre los 12 y 14 años de edad, la mayoría de las niñas tendrán senos pequeños, vello en la zona del pubis y menstruación.

Entre los 12 y 14 años de edad, la mayoría de los niños tendrán vello en la zona del pubis. La piel en sus penes y el escroto puede cambiar de color.

La mayoría de los niños tendrán un crecimiento repentino entre los 12 y 15 años de edad. Sus voces pueden cambiar y podrían comenzar a crecer una barba.

Los niños no experimentan estos cambios corporales a la misma edad. Esto pudiera causar inquietud en un niño(a). El crecimiento ocurre en diferentes etapas a cada uno. Si no han comenzado a experimentar cambios del crecimiento a los 14 años de edad, hable con su doctor.

Para ayuda o más información

Para información sobre inmunización:

Información sobre Madres sanas, Bebés sanos y la Línea de Derivaciones, llamar al 1-800-322-2588.

Información sobre la sexualidad en los adolescentes: www.teenwire.com.

Las iglesias, escuelas o universidades comunitarias podrían ofrecer talleres sobre la resolución de conflictos o sobre el control del enojo. Estas pueden ser habilidades útiles para aquellos adolescentes principiantes.

Consejos de Salud

Su niño(a) a esta edad necesitará volver a vacunarse. Hable con su doctor para asegurarse de que tenga todas las vacunas.

A esta edad la altura y el peso del niño(a) pueden cambiar rápidamente. Necesitan hacer ejercicios además de las clases de educación física en la escuela. Es importante comer buenas comidas y bocadillos saludables.

Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

El cuerpo del niño(a) realiza muchos cambios como parte del proceso de convertirse en un adolescente. Esto puede ser emocionante y también causar temor. Su niño(a) puede estar más sensible y a veces grosero o enojado.

Hable con su niño(a) sobre los cambios en su cuerpo a medida que los cambios sucedan. Dígale que éstos son buenas señales de crecimiento.

Hable con su niño(a) con respecto a las emociones sexuales. Su niño(a) necesita saber que son normales. Hablar de sexo cuando su niño(a) es más joven puede hacer que sea más fácil hablarle del tema cuando ya sea mayor.

Su niño(a) está creciendo mentalmente. Puede ayudarlo con sus habilidades de razonamiento al hacerle preguntas sobre cómo solucionar problemas.

Cuando un niño(a) con frecuencia se siente triste, nervioso, o está preocupado porque las cosas no le van bien, hable con su niño(a) respecto a sus sentimientos. Ayúdele a buscar un consejero si fuera necesario.

Esta es una buena etapa para que su niño(a) aprenda sobre los primeros auxilios y Resucitación Cardiopulmonar (CPR).

Consejos de seguridad

Usualmente a los adolescentes se les ofrece cigarrillos, alcohol y drogas. Practique "diciendo no" con su niño(a). Ayúdele a estar preparado.

Enséñele a su niño(a) la seguridad con respecto a las armas. Los niños nunca deberían jugar con las armas. Ayúdele a practicar que se retire del lugar si sus amigos tienen armas. Si usted tiene armas en su hogar, asegúrese de que estén descargadas y guardadas bajo llave.